



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین

عنوان طرح: تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

استاد راهنما:
دکتر هادی مرشدی

دانشجو:
عبدالله شکوهی
دانشجوی ارشد آموزش بهداشت
شهریور ۹۹



بیان مسئله و مقدمه

✓ فعالیت بدنی به هر گونه تحرک بدنی توسط ماهیچه های ارادی، که نیاز به مصرف انرژی دارد،

اطلاق می شود

✓ و ۶۰٪ جمعیت جهان حداقل فعالیت جسمانی توصیه شده با شدت متوسط را انجام نمی دهند

✓ که این میزان در ایران حدود ۸۰ درصد است

✓ در امریکا عدم فعالیت جسمانی سالانه حدود ۲۰۰ هزار مرگ را شامل می شود.

✓ در کل تخمین زده می شود که عدم فعالیت جسمانی باعث ۹/۱ میلیون مرگ و ۱۹ میلیون DALY از

دست رفته در سراسر جهان باشد.

✓ عدم فعالیت جسمانی در کل دنیا حدود ۱۰ تا ۱۶٪ از هر کدام از دیابت و سرطانهای پستان،

کولون و رکتوم و حدود ۲۲٪ از بیماریهای اسکمیک قلب را باعث می گردد.



بیان مسئله و مقدمه

- ✓ بر اساس اعلام مرکز مدیریت بیماریهای غیرواگیر وزارت بهداشت، فشار خون بالا عبارت است از افزایش وارده از جریان خون به دیواره رگهای خونی
- ✓ تعداد افراد مبتلا به پرفشاری خون در سطح جهان ۱ میلیارد نفر تخمین زده شده است
- ✓ طبق گزارشات منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت این بیماری در دهه های اخیر در مناطق اقیانوسیه و آسیا نیز افزایش یافته است
- ✓ در ایران نیز مطالعات انجام شده نشان دهنده شیوع بالای این بیماری در کشور می باشد، به طوری که نتایج مطالعه ای که توسط مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم در تهران انجام گرفته است نشان داد که شیوع پرفشاری خون در گروه سنی ۶۹-۲۰ سال ۲۵٪ است.
- ✓ پرفشاری خون یکی از مهمترین عوامل خطر بروز آترو اسکروزیس، نارسایی قلبی، سکته مغزی، نارسایی کلیوی در بسیاری از کشورهاست
- ✓ پیش بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ فشار خون بالا عامل یک چهارم کل مرگ و میرها خواهد شد



اهداف پژوهش

هدف کلی:

تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

اهداف اختصاصی:

1. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر میزان فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
2. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر وضعیت خودکارآمدی عمل در بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
3. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر خودکارآمدی از عهده برای بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .



اهداف پژوهش

4. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر خودکارآمدی بهبودی بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
5. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر انتظارات پیامد بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
6. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر خطر درک شده در بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .



اهداف پژوهش

7. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر برنامه ریزی برای عمل در بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
8. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر برنامه ریزی از عهده برای بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل .
9. تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA بر قصد رفتاری بیماران مبتلا به فشار خون قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تجربه و کنترل

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا



فرضیات پژوهش

- 1) میزان فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است .
- 2) میانگین خودکارآمدی عمل در بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است .
- 3) میانگین خودکارآمدی از عهده برآیی بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است .
- 4) میانگین خودکارآمدی بهبودی بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است .
- 5) میانگین انتظارات پیامد بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است .



فرضیات پژوهش

- (6) میانگین خطر درک شده بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است.
- (7) میانگین برنامه ریزی برای عمل بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است.
- (8) میانگین برنامه ریزی برای از عهده برایی بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است.
- (9) میانگین قصد رفتاری بیماران مبتلا به پرفشارخون قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل HAPA در گروه تجربی متفاوت است.



مروری بر مطالعات و متون گذشته

محققین	سال	یافته ها
فخرایی اقدم و همکاران	۲۰۱۷	فخرایی اقدم و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان اثربخشی مشارکت در فعالیتهای گروهی ورزشی تفریحی بر کیفیت زندگی بیماران زن اسکیزوفرنی نشان دادند که حضور در فعالیت های ورزشی تفریحی به افزایش کیفیت زندگی در افراد با اختلالات روانی مزمن منجر می شود. همچنین حضور در فعالیتهای ورزشی تفریحی به ارتقای سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی آنها منتج می شود
محمود زاده و همکاران	۲۰۰۸	در مطالعه ای که تحت عنوان "بررسی تاثیر بکار گیری مدل فرا تئوری پیرامون فعالیت های فیزیکی بر شاخص های سلامتی بیماران دیابتی نوع ۲" انجام دادند نشان می دهد که آموزش در زمینه فعالیت های فیزیکی بر اساسی مدل ترانس تئوری در مرحله ورزشی آنها (از مرحله آمادگی به مرحله تثبیت) و نیز بهبود شاخص های سلامتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر است. لذا انجام فعالیت های فیزیکی در جهت کنترل شاخص های سلامتی این بیماران توصیه می شود
دانتی مل و همکاران	۲۰۱۵	حل مطالعه ای تحت عنوان تاثیر تشخیص بیماری مزمن بر رفتار فعالیت جسمانی در زنان میانسال که دارای بیماری مزمن (بیماری قلبی ، دیابت ، اسه ، سرطان پستان و افسردگی) بودند نشان دادند که اگرچه فعالیت بدنی یک استراتژی پیشگیری ثانویه پیشگیرانه برای مبتلا به بیماران مزمن است اما 46%- 41% از زنان میانسال بعد از تشخیص بیماری مزمن فعالیت جسمانی خود را تغییر نداند و 30%- 24% فعالیت جسمانی را کاهش دادند و تنها 31%- 24% سطح فعالیت جسمانی را افزایش دادند و با وجود اهمیت فعالیت جسمانی برای مدیریت بیماری مزمن اکثر زنان پس از تشخیص فعالیت بدنی خود را افزایش نمی دهند که این نشان دهنده نیاز به مداخلات تخصصی است

مواد و روش کار

✓ نوع مطالعه: RCT (کار آزمایی شاهددار تصادفی)

✓ جامعه پژوهش: بیماران مبتلا به فشار خون

✓ مکان پژوهش: مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آستانه اشرفیه

✓ نمونه ها و روش نمونه گیری: حجم نمونه براساس مطالعه گنجی و همکاران که در آن درصد افرادی که در

گروه آموزشی رفتار مناسب داشتند ۷۰٪ و در گروه کنترل ۲۴٪ بود تعیین خواهد شد حدود ۶۰ نفر محاسبه شد

✓ ابزار گردآوری داده ها و ویژگی های روانسنجی آن:

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و فرم کوتاه پرسشنامه معتبر

بین المللی (international physical activity questionnaire)

- پرسشنامه مقیاس خطر درک شده (Risk perception)

- پرسشنامه مقیاس قصد رفتاری (Behavioral intention)

مواد و روش کار

- پرسشنامه مقیاس انتظارات پیامد (outcome expectancy)
- پرسشنامه خودکارآمدی عمل
- پرسشنامه خودکارآمدی نگه داشت
- پرسشنامه برنامه ریزی عمل و از عهدبرآمدن
- پرسشنامه خودکارآوری بازگشت (Recovery self – efficacy)
- پرسشنامه مقیاس رفتاری



پرسشنامه بین المللی فعالیت بدنی فرم کوتاه:

میزان فعالیت بدنی به وسیله پرسشنامه بین المللی فعالیت بدنی مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت شامل 7 سوال در چهار قسمت فعالیت شدید ، متوسط ، پیاده روی و فعالیتهای نشسته طی 7 روز گذشته بود که از نظر شدت ، مدت و تکرار به صورت خودگزارشی توسط بیماران تکمیل شد .

خطر درک شده: باهدف عملیاتی سازی این احتمال که یک فرد چقدر احتمال دارد در یک رفتار پرخطر بهداشتی درگیر شود ، اندازه گیری خواهد شد و شامل ابعاد متصور از خطر همراه با رفتار مورد نظر است تعریف شده است . این مقیاس از 5 سوال تشکیل شده است. هر آیتم براساس طیف لیکرتی 5 نقطه ای از یک (اصلا خطرناک نیست) تا 5 (بی نهایت خطرناک است) نمره دهی می شود . دامنه نمرات این مقیاس از 5 تا 25 است . هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده تصور خطر بیشتری نزد فرد است . آلفای کرونباخ مقیاس مذکور در مطالعات بین 71% تا 81% (Behavioral intention) مقیاس قصد رفتاری :

شامل 10 آیتم است با طیف لیکرتی 7 نقطه ای از 1 (اصلا قصد ندارم) تا 7 (به شدت قصد دارم) درجه بندی شده است . دامنه نمرات آن بین 10 تا 70 است و نمرات بالاتر نشانگر قصد بیشتری برای درگیر شدن در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت است . روایت و پایایی این مقیاس در مطالعات خارجی مورد تایید قرار گرفته است

انتظار پیامد: این مقیاس از 9 آیتم تشکیل شده (DEE) انتظار پیامد با مقیاس انتظارات و چشم انداز نمای از ورزش است و با طیف لیکرت 5 نقطه ای از 1 (کاملاً مخالف) تا 5 (کاملاً موافق) به آنها پاسخ داده خواهد شد . دامنه پاسخها 45-9 است و روایی و پایایی آن در مطالعات خارجی تاکید شده است



خودکارآمدی عمل : این متغیر با مقیاس خودکارآمدی عمل برای ورزش کردن شوارتز و رانر اندازه گیری می شود . تعداد سوالات این مقیاس 2 عدد است و به این سوالات با طیف پاسخ لیکرتی 4 نقطه ای از 1 (خیلی معین نیست) تا 4 (خیلی مشخص است) پاسخ داده می شود دامنه پاسخها 8 - 2 است و روایی و پایایی آن در مطالعات خارجی مورد تایید است.

خودکار آمدی نگه داشت : با مقیاس خودکارآوری نگه داشت برای ورزشی که توسط لوسترشکا و ساتن (2006) طراحی شده و شامل 4 آیتم است ، اندازه گیری می شود . طیف پاسخ گویی به آن 4 نقطه (اصلا صحیح نیست) تا 4 (کاملا صحیح است) و دامنه پاسخ ها 16 - 4 است

برنامه ریزی عمل و از عهده بر آمدن با مقیاس طراحی شده اسنو هو تا شوارتر (2005) که شامل 9 آیتم و دو خورده مقیاس است ، سنجش می شود برنامه ریزی عمل با 5 آیتم برنامه ریزی از عهد برایی با 4 آیتم اندازه گیری می شود . به سوالات با طیفه لیکرت 4 نقطه ای از یک (اصلا درست نمی باشد) تا 4 (بی نهایت صحیح است) پاسخ داده می شود دامنه پاسخ ها 36-9 است و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف تعصیر شده است

خودکار اوری بازگشت : با مقیاس خودکار اوری بازگشت به ورزش سوالی که توسط لوسزیک و ساتن (2016) طراحی شده و سنجش خواهد شد و با طیف لیکرت 4 نقطه از یک (اصلا درست نیست) تا 4 (کاملا صحیح است) نمره دهی می شود و دامنه نمره است 12-3 است . روایی و پایایی آن هم در مطالعات مختلف تایید شده است

تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها پس از گردآوری در دو مرحله مقطع پایه و ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی تئوری محور وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. **آمار توصیفی:** میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد به همراه آزمون های توصیفی برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده شد.

آزمون های کای اسکوئر (بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی با یکدیگر)
آزمون تی مستقل (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه مستقل)
آزمون تی زوجی (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی در یک گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور)
ضریب همبستگی پیرسون (مقایسه همبستگی و ارتباط بین متغیرهای کمی با یکدیگر) برای آنالیز داده ها بکار گرفته شد.

ضمناً قبل از آنالیز داده ها، توزیع نرمال داده ها با استفاده از **آزمون کولموگروف اسمیرنف (K-S)** انجام گرفت .



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

انتخاب متقاضیان بیماران مبتلا به پرفشاری خون با
تعداد=۱۲۰

انتخاب گروه مداخله
=۶۰ نفر

انتخاب گروه کنترل=۶۰ نفر

HAPA ابزار گردآوری داده ها : پرسشنامه های : اطلاعات دموگرافیک ، پرسشنامه فعالیت جسمانی ، پرسشنامه سازه های مرتبط با مدل

انجام پیش آزمون

انجام پیش آزمون

بعد از انجام پیش آزمون هیچ مداخله ای
صورت نگرفت

انجام مداخله آموزشی توسط پژوهشگر و پزشک

انجام پس آزمون

آموزش پس از انجام مداخله و
پس آزمون در گروه تجربی برای
رعایت اخلاق پژوهش

تعداد ۵ جلسه آموزش : جلسه اول: معارفه و آشنایی و تعاریف کلی ۶۰ - ۴۵ دقیقه - جلسه
انتظار پیامد ۹۰ - خطر درک شده دوم : فعالیت جسمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون
۶۰ دقیقه - جلسه سوم : خودکارآمدی برای فعالیت جسمانی منظم ۹۰ - ۶۰ دقیقه - جلسه
برنامه ریزی برای عهده برآیی ۹۰ - ۶۰ دقیقه چهارم : برنامه ریزی برای عمل

Follow up انجام پس آزمون و
۲ ماه بعد از گردآوری اولیه داده
ها

آنالیز داده ها



یافته ها

: میانگین و انحراف معیار دموگرافیک بیماران شرکت کننده در گروه های تجربی و کنترل قبل از مداخله آموزشی تئوری محور

متغیر مورد بررسی	گروه تجربی (n=۶۰)	گروه کنترل (n=۶۰)	سطح معنی داری
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
سن (سال)	۴۹/۹۸ \pm ۸/۷۳	۴۹/۲۳ \pm ۹/۰۳	۰/۶۴۵
وزن (kg)	۷۳/۱۸ \pm ۱۱/۶۶	۷۳/۵۸ \pm ۸/۹۵	۰/۸۳۳
قد (cm)	۱۶۳/۶ \pm ۸/۱۸	۱۶۳/۸ \pm ۸/۲۱	۰/۸۸۱
مدت زمان ابتلا به بیماری (ماه)	۵۳/۶۳ \pm ۳۱/۰۸	۴۸/۵۸ \pm ۴۴/۵۴	۰/۴۷۳
فشارخون سیتولیک	۱۲۴/۳۵ \pm ۶/۳۰	۱۲۵/۲ \pm ۵/۸۰	۰/۱۲۲
فشارخون دیاستولیک	۷۷ \pm ۵/۱۴	۷۸/۸۳ \pm ۵/۸۰	۰/۰۵۴۵
BMI	۲۷/۳۸ \pm ۴/۱۳	۲۷/۵۱ \pm ۳/۷۰	۰/۸۵۴

یافته ها

بر اساس این یافته ها میانگین سنی بیماران شرکت کننده در مطالعه 49/8 سال، میانگین شاخص توده بدن بیماران به ترتیب 27/45 و میانگین ار مدت زمان ابتلای به بیماری 8/51 سال بود. همچنین میانگین فشار خون سیستولیک بیماران شرکت کننده به 124/7 و دیاستول 77/81 بود. یافته ها نشان می دهد قبل از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور بین دو گروه از حیث متغیرهای دموگرافیکی مورد بررسی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.



یافته ها

خصوصیات دموگرافیک در بیماران تجربی و کنترل شرکت کننده در پژوهش ($n=120$)

متغیر مورد بررسی	طبقات	گروه تجربی (n=۶۰)	گروه کنترل (n=۶۰)	سطح معنی داری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنسیت	زن	۳۳ (۵۳/۳)	۳۹ (۰/۶۵)	df=?، x ² = ۶۹۰/۱
	مرد	۲۸ (۴۶/۷)	۲۱ (۰/۳۵)	P=۲۶۵/۰
وضعیت شغلی	کشاورز	۲۵ (۴۱/۷)	۱۸ (۰/۳۰)	df=۴، X ² =۵۷۷ P=۱۶۰/۰
	خانه دار	۲۴ (۰/۴۰)	۳۷ (۶۱/۵۱)	
	آزاد	۱ (۱/۷)	۰ (۰/۰)	
	کارمند	۶ (۰/۱۰)	۳ (۰/۵)	
	سایر موارد	۴ (۷/۶)	۲ (۴/۳)	
تحصیلات	ابتدایی	۲۴ (۰/۴۰)	۲۱ (۰/۳۵)	df=۳، x ² =۴۰۴/۲ P=۴۹۳/۰
	راهنمایی	۱۹ (۳۱/۷)	۲۵ (۴۱/۷۱)	
	دبیرستان و دیپلم	۹ (۰/۱۵)	۱۰ (۱۶/۷)	
	دانشگاهی	۸ (۱۳/۳)	۴ (۶/۷)	

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا



یافته ها

متغیر مورد بررسی	طبقات	گروه تجربی (n=۶۰)	گروه کنترل (n=۶۰)	سطح معنی داری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
وضعیت تاهل	متاهل	۵۵ (۹۱/۷)	۵۴ (۹۰/۰)	$df=3, \chi^2=60.1/4$ $P=20.3\%$
	مجرد	۱ (۱/۷)	۴ (۶/۷)	
	مطلقه	۰ (۰/۰)	۱ (۷/۱)	
	بیوه	۴ (۶/۷)	۱ (۱/۷۱)	
وضعیت اقتصادی	خیلی ضعیف	۸ (۱۳/۳)	۶ (۱۰/۰)	$df=3, \chi^2=917/2$ $P=130\%$
	ضعیف	۸ (۱۳/۳)	۶ (۱۰/۰)	
	متوسط	۱۷ (۲۸/۳)	۴ (۳/۲۳)	
	خوب	۱ (۱/۷)	۴ (۶/۶۷)	
	گزارش نشده	۲۶ (۴۲/۴۳)	۳۰ (۵۰)	
BIM(kg/m ²)	کمتر از ۲۰	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)	$df=3, \chi^2=60.8/0$ $P=895/0$
	۲۰-۲۵	۱۷ (۲۸/۳)	۱۴ (۲۳/۴)	
	۲۵-۳۰	۲۶ (۴۲/۳۳)	۳۰ (۵۰)	
	بیشتر از ۳۰	۱۶ (۲۶/۶)	۱۵ (۲۵)	
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۱۰ (۱۶/۷)	۱۲ (۲۰/۰)	$df=2, \chi^2=927/0$ $P=619/0$
	۴۰-۵۰	۲۴ (۴۰/۰)	۱۹ (۳۱/۷)	
	بیشتر از ۵۰	۲۶ (۳۴/۴۳)	۲۹ (۳۸/۴۸)	

یافته ها

علاوه بر این یافته های درج شده در جدول نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر و مقایسه توزیع فراوانی برخی متغیرهای دموگرافیکی بین بیماران گروه تجربی و کنترل شرکت کننده در پژوهش نشان داد که 53 درصد بیماران زن، 91/7 درصد متاهل و 0/40 درصد خانه دار بودند. همچنین، تحصیلات 31/7 درصد از بیماران راهنمایی و وضعیت اقتصادی 28/3 درصد متوسط گزارش شد. یافته ها اختلاف معنی داری را بین بیماران گروه های تجربی و کنترل شرکت کننده در پژوهش از حیث متغیرهای مورد نظر قبل از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور نشان نداد.



توزیع فراوانی داروهای کنترل کننده فشار خون در بیماران شرکت کننده در پژوهش قبل از اجرای مداخله آموزشی
تئوری محور

نام دارو	فراوانی	درصد
Loza لوزارتان	۴۸	۰/۴۰
اتنولول	۲۰	۱۶/۷
کاپتوپریل	۱۶	۱۳/۳
L+C	۱۷	۱۴/۲
سایر موارد	۱۹	۱۵/۸

❑ یافته های درج شده درجدول فراوانی داروهای کنترل فشارخون در بیماران شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. نتایج حاکی از آن است که 40 درصد (48 نفر) بیماران داروی لوزارتان، 16/7 درصد اتنولول و 13/3 درصد کاپتوپریل مصرف می کردند



میانگین و انحراف معیار سازه های مرتبط با مدل HAPA در راستای رعایت رفتار فعالیت جسمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شرکت کننده در پژوهش بر حسب جنسیت

سازه مورد بررسی	مردان (n = ۴۹)	زنان (n = ۷۱)	سطح معنی داری
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
خطر درک شده	۱۲/۲۲ ± ۳/۰۸	۱۲/۴۵ ± ۳/۳۳	p = ۰/۷۰۷
انتظار پیامد	۳۲/۷۸ ± ۵/۷۱	۳۲/۲۸ ± ۵/۳۸	p = ۰/۶۳۱
خود کارآمدی عمل	۱۷/۹۲ ± ۵/۸۴	۲۰/۵۶ ± ۶/۸۵	P = ۰/۰۳۰
خود کارآمدی نگهداشت	۲۲/۳۳ ± ۹/۲۳	۲۰/۴۳ ± ۷/۲۷	p = ۰/۲۳۲
خود کارآمدی بازگشت	۷ ± ۳/۱۸	۷/۴۷ ± ۴/۲۵	p = ۰/۵۱۲
برنامه ریزی برای عمل	۲۱ ± ۸	۱۷/۷۶ ± ۹/۱۲	p = ۰/۰۵۵

نتایج حاصل از آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین سازه های مرتبط با مدل HAPA بین بیماران زن و مرد نشان داد که تنها میانگین سازه های خودکار آمدی عمل (p=0/030) بین دو گروه از نظر آماری متفاوت است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین بیماران زن و مرد از حیث مقایسه سازه های مرتبط با مدل HAPA اختلاف آماری معنی داری قبل از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور وجود نداشت.

مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان فعالیت جسمانی در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۶۰) میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل (n=۶۰) میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
میزان کلی فعالیت جسمانی	قبل از مداخله	۸۳۲۵/۷۴ ± ۹۵۵۳/۲۱	۹۸۴۶/۵۸ ± ۱۱۴۸/۴۵	۰/۴۷
	بعد از مداخله	۶۵۵۰/۶۷ ± ۵۲۷۶/۰۳		
	P قبل و بعد	۰/۴۷		
میزان فعالیت جسمانی در کار	قبل از مداخله	۴۸۵۳/۲۲ ± ۸۳۶۶/۷۸	۳۳۷۱/۵۱ ± ۴۳۰۱/۵۷	۰/۰۰۳
	بعد از مداخله	۵۷۴۳/۷۶ ± ۸۷۳۶/۲۸	۳۲۸۵/۴۷ ± ۴۸۲۶/۵۳	۰/۳۲۶
	P قبل و بعد	۰/۰۰۳	۰/۳۲۶	
میزان فعالیت جسمانی حرکت	قبل از مداخله	۱۷۲۱/۱۵ ± ۱۶۲۹/۱۵	۱۵۲۵/۵۵ ± ۱۰۳۳/۵۲	۰/۰۰۶
	بعد از مداخله	۲۳۱۷/۹۴ ± ۱۴۲۰/۱۵	۱۴۶۵/۷۳ ± ۱۱۸۵/۳۶	%۸۳
	P قبل و بعد	۰/۰۰۶	۰/۰۸۳	
میزان فعالیت جسمانی اوقات فراغت	قبل از مداخله	۱۲۶۱/۴۲ ± ۱۶۷۷/۱۷	۲۱۳۵/۲۸ ± ۳۴۱۵/۵۳	۰/۰۰۴
	بعد از مداخله	۱۳۰۴/۳۵ ± ۱۲۵۰/۲۲	۱۵۴۷/۳۲ ± ۱۳۲۸/۳۲	%۸۳
	P قبل و بعد	%۸۴	۰/۰۰۵	
میزان فعالیت بدنی نشسته	قبل از مداخله	۱۳۵/۶۱ ± ۱۴۴/۱۴	۱۸۲/۰۹ ± ۱۳۹/۲۳	۰/۰۰۲
	بعد از مداخله	۱۲۶/۲۷ ± ۱۷۷/۱۵	۱۱۹/۳۴ ± ۱۳۰/۵۲	۰/۵۵۶
	P قبل و بعد	%۱۱	۰/۰۰۶	

□ یافته های حاصل از آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه بیماران گروه های تجربی و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور از حیث سطوح مختلف فعالیت جسمانی و همچنین میانگین فعالیت جسمانی به طور کلی اختلاف آماری معنی دار وجود نداشت

ضریب همبستگی بین سازه های مرتبط با مدل HAPA و رفتار فعالیت جسمانی در بیماران شرکت کننده در پژوهش (n = 120)

متغیر مورد بررسی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- خطر درک شده									
۲- انتظار پیامد	۳۳۳/۰*	۱							
۳- خودکارآمدی عمل	۰۶۴/۰*	۴۴۹/۰**	۱						
۴- خودکارآمدی نگهداشت	۱۰۳/۰	۳۳۳/۰*	۵۰۶/۰*	۱					
۵- خودکارآمدی بازگشت	۱۶۸/۰**	۴۲۸/۰**	۳۸۶/۰**	۳۹۳/۰*	۱				
۶- برنامه ریزی عمل	۲۳۶/۰**	۱۶۵/۰*	۳۶۶/۰**	۲۵۰/۰*	۴۶۲/۰*	۱			
۷- برنامه ریزی از عهده برآیی	۲۱۱/۰*	۳۷۶/۰**	۳۱۵/۰**	۲۱۷/۰**	۳۷۲/۰*	۷۲۶/۰**	۱		
۸- قصد رفتاری	۱۶۸/۰*	۴۶۸/۰**	۴۳۳/۰**	۲۰۸/۰*	۳۵۸/۰**	۵۱۶/۰**	۳۶۳/۰*	۱	
۹- فعالیت جسمانی	۲۰۸/۰**	۲۱۶/۰*	۲۲۷/۰**	207/0*	۲۸۵/۰**	۵۲۳/۰**	۲۹۴/۰**	۳۰۷/۰**	۱
میانگین و انحراف معیار	۳۶/۱۲±۲۲/۳	۴۸/۳۲±۵۰/۵	۴۷/۲۹±۵۶/۶	۵۵/۲۱±۵/۸	۲۱/۷±۹/۳	۰۶/۱۹±۱۱/۹	۲۸/۷±۸۴/۲	۵۴/۷۰۷۳±۰۸/۶۱۱	۳۶/۱۲±۲۲/۳



□ یافته های درج شده در جدول ضرایب همبستگی بین سازه های مرتبط با مدل HAPA و رفتار فعالیت جسمانی را در بیماران شرکت کننده نشان داده است. نتایج نشان می دهد که همبستگی معنی دار و مثبت بین سازه های مرتبط با مدل HAPA با یکدیگر و همچنین بین سازه های HAPA با رفتار فعالیت جسمانی وجود دارد ($P < 0/05$). علاوه بر این ، قوی ترین همبستگی بین قصد با برنامه ریزی از عهده برآیی ($r = 0/726$ ، $P < 0/05$) ، قصد و میزان فعالیت جسمانی ($r = 0/523$ ، $p < 0/05$) وجود دارد داشت . همچنین همبستگی بین (خودکارآمدی و خطر درک شده) ($r = 00/0$ ، $P < 00/0$) ، (خطر درک شده و برنامه ریزی از عهده برآیی) ، (خطر درک شده و قصد) ، (قصد و برنامه ریزی عمل) ، (میزان فعالیت بدنی جسمانی و انتظار پیامد) ، (فعالیت بدنی و خودکارآمدی نگهداشت) ، (انتظار پیامد و برنامه ریزی عمل) معنی دار گزارش شد.



: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه خطر درک شده قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور در بیماران گروه های

تجربی و کنترل

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۶۰)	گروه کنترل (n=۶۰)	سطح معنی داری
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
خطر درک شده	قبل از مداخله	۱۲/۷۰ \pm ۳/۴۸	۱۲/۰۹ \pm ۳/۶۵	۰/۲۳۵
	بعد از مداخله	۱۶/۲۵ \pm ۴/۱۰	۱۲/۸۲ \pm ۳/۲۷	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۰	۰/۳۱۱	

یکی از مهمترین یافته های پژوهش حاضر افزایش میانگین سازه خطر درک شده در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بود ($P < ۰/۰۵$) که با نتایج پژوهش های (XU, استکا و یگر) و انطباق دارد خطر درک شده ممکن است در قالب انگیزه تاثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی باشد و بطور مستقیم و یا اثرگذاری بر تعهد به انجام يك رفتار بطور غیرمستقیم منجر به شکل گیری یا تداوم انجام توصیه های بهداشتی شود. با توجه به یافته های پژوهش کنونی ضروری است تا کارشناسان بهداشتی و متخصصان به هنگام طراحی بسته های مداخله ای و برنامه های تغییر رفتار در راستای تشویق و ترغیب بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مخصوصا بیماریهای قلبی عروقی و فشار خون بالا، بر نقش خطر درک شده تاکید کنند و از موارد بالا بردن آموزش و سواد سلامت در راستای تقویت افزایش درک و فهم بیماران از نقش کم تحرکی در تشدید علایم بیماری بهره مند شوند

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا



: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه انتظار پیامد قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور در بیماران گروه های تجربی و

کنترل

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۶۰)	گروه کنترل (n=۶۰)	سطح معنی داری
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
انتظار پیامد	قبل از مداخله	۳۳/۰۳ \pm ۶/۲۱	۳۲/۹۳ \pm ۴/۷۲	۰/۲۳۵
	بعد از مداخله	۴۱/۰۶ \pm ۸/۴۶	۳۳/۱۵ \pm ۵/۳۴	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۳	۰/۲۹۶	

❑ یافته مهم دیگر پژوهش حاضر افزایش میانگین سازه انتظار پیامد در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بود ($P < 0/05$) که با نتایج پژوهش های (یگر و ارستینگ و ویلیامز) انطباق دارد

❑ یکی از فواید استفاده از سازه انتظار پیامد در برنامه ریزی و اجرای مداخلات آموزشی تاثیر سازه مذکور بر روی سایر سازه ها است. در مداخلات آموزشی با فراهم سازی فرصت تعامل و کنش بین بیماران پرفشاری خون، زمینه های رفع خودمرداری و پذیرش دیدگاه های دیگران فراهم می شود. ضمناً از آنجا که تعامل اجتماعی بیشتر از طریق استفاده از زبان میسر است، این کار سبب می شود که درک کلامی بیماران نیز افزایش یابد و نهایتاً به تفکر منطقی می انجامد. بنابراین ارتباطات بین فردی بیماران با مربیان بهداشت باید تقویت شود

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی بر فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا



: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های خودکارامدی قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور در بیماران گروه های

تجربی و کنترل

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۶۰) میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل (n=۶۰) میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
خودکارآمدی عمل	قبل از مداخله	۱۹/۴۵ ± ۶/۸۳	۱۹/۴۹ ± ۶/۳۳	۰/۹۷۳
	بعد از مداخله	۲۹/۵۴ ± ۸/۶۳	۲۰/۰۸ ± ۷/۱۹	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۰	۰/۳۱۲	
خودکارآمدی نگهداشت	قبل از مداخله	۲۱/۲۹ ± ۹/۷۳	۲۱/۸ ± ۷/۱۶	۰/۷۴۴
	بعد از مداخله	۲۷/۱۰ ± ۱۰/۸۵	۲۱/۳۲ ± ۸/۴۲	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۰	۰/۶۵۳	

□ یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر افزایش میانگین سازه خودکارامدی عمل در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بود ($P < 0/05$) که با نتایج پژوهش های (دونکه و استکا و xu) انطباق دارد. وظیفه کارشناسان بهداشتی و متخصصان علاوه بر تشویق برای انجام فعالیت جسمانی در بیماران پرفشاری خون این است که به آنها در راستای کشف موانع روانی، اجتماعی و محیطی تداوم فعالیت جسمانی منظم کمک کنند و پس از کشف موانع با تکنیک های متنوع مانند بارش افکار، از راهبردهای برنامه ریزی مقابل و تنظیم اهداف و حل مسئله در راستای برطرف سازی مشکلات با تکیه بر پتانسیل و ظرفیت های فردی استفاده نمایند. ضمن آنکه پذیرش شکست از سوی کارشناسان و متخصصان به عنوان یک اصل برنامه های مداخله ای تغییر رفتار مسئله ای عادی است که تقویت خودکارآمدی بازگشت یا بازیابی شرایط برگشت بیماران و از سرگیری فعالیت جسمانی را فراهم می کند.

: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های برنامه ریزی قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تئوری محور در بیماران گروه های

تجربی و کنترل

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=60) میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل (n=60) میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
برنامه ریزی عمل	قبل از مداخله	۱۸/۸۶ ± ۹/۴۳	۱۹/۲۵ ± ۸/۸۹	۰/۶۱۸
	بعد از مداخله	۲۶/۴۹ ± ۱۲/۲۵	۲۰/۱۸ ± ۹/۳۷	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۰	۰/۴۹۲	
برنامه ریزی از عهد بر آبی	قبل از مداخله	۱۱/۲۳ ± ۳/۴۶	۱۲/۷۲ ± ۴/۱۱	۰/۵۲۲
	بعد از مداخله	۱۵/۸۴ ± ۴/۱۷	۱۲/۶۶ ± ۴/۴۳	۰/۰۰۰
	P قبل و بعد	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	

□ مقایسه میانگین نمرات قصد رفتاری، برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهد برآمدن در مراحل مختلف ارزیابی در پژوهش حاضر نشان دهنده بهبود وضعیت سازه های مذکور در گروه تجربی بعد از اجرای مداخله آموزشی الگومحور می باشد که با نتایج پژوهش های (Chiu, و نورمان) انطباق دارد. علیرغم اینکه برنامه ریزی برای عمل می تواند در اجرا و آغاز رفتار بسیار موثر باشد اما برنامه ریزی برای عمل نمی تواند جهت تداوم رفتار به میزان کافی موثر باشد [برنامه ریزی برای عمل جهت تغییر الگوهای رفتاری عادی موثر است. لذا برنامه تهیه شده توسط افراد نیازمند محافظت در مواقع غیر پیش بینی نشده یا در مواقعی که تمایلات رفتاری مخالف وارد رقابت می شوند (مانند عادت) می باشد. سازه برنامه ریزی برای از عهد برآمدن با پیش بینی شرایطی که ممکن است انجام و تداوم رفتار به خطر بیافتد به تداوم رفتار کمک می کند

محدودیت ها:

مواردی مانند تعداد کم نمونه ها

انتخاب بیماران از فقط شهر رشت و سخت بودن امکان تعمیم نتایج

عدم امکان کنترل متغیرهای مخدوش کننده مانند مواجهه با آموزش ها از سایر رسانه ها
جمعی و غیره

تورش یا Bias در گردآوری داده ها بخاطر استفاده از پرسشنامه ها و روش خودگزارشی
گردآوری داده ها در دو مرحله قبل و بعد و عدم follow up در مقاطع زمانی بیشتر که
می تواند به ثبات تاثیر آموزش بیشتر کمک کند

پیشنهادهات

- انجام تحقیقات مشابه در ایران و جهان، بر اساس الگوی HAPA، برای گروه های سنی و سایر رفتارهای بهداشتی
- انجام مداخلات آموزشی با سه گروه: ۱- گروه تحت مداخله بر اساس الگوی HAPA، ۲- گروه تحت مداخله بر اساس سایر الگوها ۳- گروه کنترل با آموزشهای سنتی.
- لزوم تهیه و اجرای برنامه های آموزشی مناسب و کاربردی و نظارت بر اجرای آنها.
- ایجاد هماهنگی و همکاری میان وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه تهیه و اجرای برنامه های آموزشی در مدارس
- برگزاری دوره های آموزشی برای استفاده بهینه از مراقبین سلامت و بهورزها
- با توجه به محدودیت زمانی در این مداخله، پیشنهاد می شود اثرات طولانی مدت (یک ساله و بیشتر از آن) مداخله بر اساس الگوی HAPA در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد

